

Nº 53

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

Cancer du corps de l'utérus prolabé

THÈSE

Le 26 Juillet 1934

D. MENDEL

POUR OBTENIR LE DIPLOME DE DOCTEUR EN MÉDECINE

assessments

1. Rue de Sauvages, 1
MONTPELLIER

1934

FACULTE DE MEDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

Cancer du corps de l'utérus prolabé

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 26 Juillet 1934

PAR

D. MENDEL

Né le 8 mars 1909, à Tg. Bujor (Roumanie)

POUR OBTENIR LE DIPLOME DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

MM. MASSABUAU, professeur, président.
LAPEYRE, professeur.
MOURGUE-MOLINES, agrégé.
GUIBAL, agrégé.

assesseurs

IMPRIMERIE MARI-LAVI
1. Rue de Sauvages, 1
MONTPELLIER

1934

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie	MM. J. DELMAS
Histologie	TURCHINI
Physiologie	L. HEDON
Chimie biologique et médicale	CRISTOL
Physique médicale	PECH
Histoire naturelle médicale et Parasitologie	GALAVIELLE
Anatomie pathologique	GRYNFELT
Microbiologie	LISBONNE, asses.
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC
Thérapeutique et matière médicale	BOUDET
Hydrologie thérapeutique et climatologie	N...
Hygiène	CARRIEU
Médecine légale et médecine sociale	GAUSSEL
Pathologie médicale et clinique propédeutique	GIRAUD
Clinique médicale	VIRES
	RIMBAUD
Clinique chirurgicale	MASSABUAU
	RICHE
Clinique obstétricale	P. DELMAS
Clinique des maladies mentales et nerveuses	EUZIERE, doyen
Clin. des mal. des enfants et hyg. du premier âge	LEENHARDT
Clinique de dermatosyphiligraphie	MARGAROT
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ETIENNE
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU
Clinique gynécologique	LAPEYRE
Clinique ophtalmologique	VILLARD
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	TERRACOL
Matière médicale (Ch. de c.)	CABANNES
Radiologie (Ch. de c.)	LAMARQUE

Honorariat

Doyen honoraire : M. MAIRET

Professeurs honoraires :

MM. RODET, TEDENAT, MAIRET, GRANEL, VALLOIS, FORGUE,
ESTOR et BERTIN-SANS

Chargés de Cours Complémentaires

Anatomie	MM. LAUX
Histologie	GRANEL
Pathologie expérimentale	PAGES
Pathologie médicale	PUECH
Pathologie externe	AIMES
Médecine opératoire	SOUBEIRAN, ag. libre.
Accouchements	COLL DE CARRERA
Clinique phtisiologique	GAUSSEL, prof.
Clinique propédeutique médicale	BOULET
Clinique des maladies contagieuses	JANBON

Agrégés en exercice

Chirurgie	MM. AIMES
	MOURGUE-MOLINES
	GUIBAL
	ROUX
Médecine	MM. BOULET
	PAGES
	PUECH
	JANBON
	VIDAL
	BAUMEL
	LAUX
	N...
	COLL DE CARRERA
	GRANEL
	CARRERE



Examineurs de la Thèse

MM. MASSABUAU prof., président.
LAPEYRE, professeur.

M. MOURGUE-MOULINES, agrégé.
M. GUIBAL, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MA MERE

A MON PERE

*En témoignage de profonde affection et
d'infinie reconnaissance.*

A MA SŒUR

A M^{me} SOPHIE KAHANE

Toute ma gratitude.

A MES AMIS

A MON PRESIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR MASSABUAU

*Professeur de Clinique Chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Montpellier
Chevalier de la Légion d'Honneur*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ GUIBAL

A MON JURY DE THESE

CONTRIBUTION A L'ETUDE DU CANCER DU CORPS DE L'UTERUS PROLABE

INTRODUCTION

Le cancer de l'utérus normal est une affection fréquente. Lorsque l'utérus est prolabé, il ne se cancérisé plus avec la même fréquence. Ce fait est passé presque inaperçu et, dans les classiques, on ne trouve aucune note qui le signale.

Une observation récente, prise dans le service de M. le Professeur MASSABUAU, a attiré notre attention sur cette forme particulière de cancer. Quelques articles ont été publiés sur le cancer du col de l'utérus prolabé, mais aucun travail n'a été encore fait sur le *cancer du corps de l'utérus prolabé*. C'est cette étude que nous allons entreprendre.

Les cas publiés en sont très rares et nous n'avons pu réunir que quatre observations dont une qui est superposable à la nôtre. Dans les principaux ouvrages de gynécologie et de chirurgie, nous n'en avons trouvé aucun cas ; à peine si nous avons trouvé, dans certains d'entre eux, une légère allusion sur la possibilité d'existence de pareilles formes de cancer. Il y a, à côté de cette variété que nous décrivons, quelques cas de cancer du col de l'utérus prolabé qui

ont été publiés et sur lesquels le D^r DELVAUX, de Luxembourg et le D^r HANS HÖGLER, de Vienne, ont fait des essais d'étude intéressants.

Nous avons été conduits, au cours de nos recherches bibliographiques, à recueillir ces observations pour les étudier, les éliminer du cadre de notre sujet. Elles peuvent être utilisées pour l'étude pathogénique de cette forme de cancer.

Avant d'entrer dans le sujet de notre thèse, nous considérons comme un devoir de nous rappeler aux souvenirs des maîtres qui nous ont guidé dans nos études.

Nous adresserons d'abord nos remerciements à M. le Professeur MASSABUAU, qui nous a suggéré le sujet de ce travail, pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse. Nous avons suivi avec intérêt son enseignement et sommes heureux de le remercier ici de ce que nous lui devons.

A M. le Professeur Agrégé GUIBAL, qui a bien voulu nous aider et nous guider dans le développement de ce travail. Nous n'oublierons jamais l'accueil bienveillant et l'amabilité qu'il nous a toujours montrés et c'est un bien agréable devoir que de lui exprimer ici toute notre gratitude.

A nos maîtres de la Faculté de Médecine de Montpellier.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Prise dans le service de M. le Professeur MASSABUAU
(Env. n° 1484)

Mme Emma E., épouse V., 55 ans, sans profession.

Entre le 28 novembre 1933 dans le service de M. le Professeur MASSABUAU pour métrorragie datant d'un an, la malade étant ménopausée depuis 5 ans. Régée à 13 ans. Un enfant à 33 ans. Pas de fausses couches.

Il y a un an, la malade a présenté une légère hémorragie par la vulve, dont elle n'a pas tenu compte. Il y a trois mois nouvelle hémorragie assez abondante qui ne s'est pas interrompue et dure encore. La malade dit n'avoir pas maigri. En outre elle déclare avoir depuis de longues années une descente de matrice qui s'est produite deux mois après l'accouchement et qui est allée en s'aggravant progressivement. A l'heure actuelle le col utérin sortirait à la vulve dès que la malade se lève avec au devant et en arrière de lui une masse rougeâtre, charnue. Dysurie légère, besoins fréquents, évacuation incomplète, le tout disparaissant dans la position couchée. Pas de pertes blanches.

Examen. — L'exploration abdominale ne révèle aucune tumeur palpable. L'exploration périnéo-vaginale donne les résultats suivants :

A l'inspection: la vulve est largement béante; le col hypertrophié et allongé dépasse l'orifice vulvaire de 2 cm. et écarte les grandes lèvres; il est divisé en deux, par deux fentes latérales.

Au toucher : l'allongement du col apparaît manifeste, le défaut de profondeur des culs de sac vaginaux n'étant pas en rapport avec l'apparence de prolapsus dû à l'allongement du col. Toutefois ces culs de sac sont moins profonds que normalement; le corps utérin est nettement abaissé et la paroi vaginale vient se dérouler à sa surface. Au-dessus du col, le doigt sent un élargissement important de la masse utérine qui dépasse le volume d'un gros œuf et a une consistance ferme et charnue. Cette masse utérine est parfaitement mobile, les culs de sac antérieur, postérieur et latéraux ne contiennent aucune masse accessible et sont très souples et indolores. La malade est apyrétique.

Curettage explorateur, fait le 4 décembre. Hystérométrie = 10 cm. L'hystéromètre franchit assez difficilement la cavité cervicale; à 3 ou 4 cm. de l'orifice externe, la curette ramène deux volumineux fragments charnus, très friables. Le point où ils s'insèrent correspond au renflement cervical perçu par le toucher.

A la suite de ce curettage la température s'élève à 39°6 et redescend progressivement. Au toucher on constate que la mobilité de l'utérus a complètement disparu et que les culs de sac sont beaucoup moins perméables.

La température descend progressivement, les signes de périmérite s'amendent, la mobilité de l'utérus revient partiellement. L'intervention est décidée pour le 22 décembre 1933.

Examen général. — Cœur: rythme de galop gauche. Tension artérielle 19-10 au Vaguez.

Poumons: rien à signaler. Appareil urinaire: rien à signaler. Unée du sérum = 0 gr. 30 par litre. B. W. et réactions similaires: négatives.

Analyse d'urine: très légères traces d'albumine. Glucose: néant.

Biopsie (curettage): « Il s'agit manifestement d'un épithélioma cylindrique paraissant doué d'un grand pouvoir infiltrant. »

Opération: le 22 décembre 1933. Nature: hystérectomie totale. Diagnostic préopératoire clinique: métrorragie (cancer du corps sur un utérus prolapsé). Diagnostic biopsique: cancer. Opérateur: M. le Professeur MASSABUAU. Aides: Docteur Mlle SOULAS et M. BERT. Anesthésie: régionale, rachidienne, 4^e espace lombaire. Anesthésique: 16 cc. de percaïne à

1/150. Anesthésiste: M. BERT. Excellente anesthésie précédée d'une injection de sédol (1/2 h. avant) et d'une injection d'éphédrine avant l'injection intra-rachidienne. Une injection d'éphédrine-caféine à la fin de l'injection rachidienne. Souplesse parfaite des tissus, aucune nausée, aucune manifestation. Pouls excellent.

Intervention: voie d'accès: laparotomie. Position du malade: Trendelenburg. Incision sus-ombilico-pubienne. Exploration: le corps utérin de volume moyen prolongé par un col très long. Peu d'adhérences du corps mais adhérences serrées du col et de l'isthme en position très basse. Pour éviter l'expulsion de masses cancéreuses dans le vagin, le fond utérin n'est pas saisi (ni museux, ni hystérolobe); les tractions sont faites par des pinces à l'origine des ligaments ronds.

Conduite opératoire: pincement des pédicules vasculaires (utéro-ovariens, ligaments ronds, base du ligament large, utérine) à droite puis à gauche. Section. Refoulement de la vessie après incision transversale du péritoine. Libération progressive du col, du dome vaginal (aux ciseaux). Ouverture du vagin. Refoulement dans sa cavité par une compresse des fragments bourgeonnants. Section complète et ablation de la pièce. Fermeture du vagin par un surjet, au catgut. Péritonisation complète (fil de lin). Hémostase: ligature des différents pédicules au catgut n° 3. Drainage: par précaution un sac de Mikulicz avec une mèche est mis au contact de la surface de péritonisation (à cause des masses bourgeonnantes découvertes par l'incision du vagin). Fermeture de la plaie opératoire en 2 plans: plans profonds: péritoine, muscles, aponévrose: fils de soie n° 3, points en U; peau: agrafes de Michel. Pansement: bandes, bandage de corps.

Examen de la pièce: Cancer bourgeonnant de la cavité utérine. La cavité cervicale est très allongée et ses parois très épaisses. La cavité corporeale est de dimensions à peu près normales.

Diagnostic post-opératoire macroscopique : cancer bourgeonnant de la cavité utérine.

Examen histologique de la pièce enlevée: il s'agit d'un épithélioma cylindrique du corps utérin avec infiltration du myomètre par les éléments néoplasiques.

Suites opératoires excellentes: le 6 janvier ablation du sac de Mikulicz. Il reste une cavité légèrement suppurante qu'on panse tous les trois jours et qui se comble progressivement.

Le 6 février, cicatrisation pratiquement complète. Au toucher on constate un degré appréciable de retrocèle chez la malade couchée. Cicatrice vaginale parfaite. En position debout: pas de prolapsus, même au moment des efforts de toux.

La malade quitte l'hôpital le 7 février.

Le 28 mars, la malade ne se plaignait plus de rien: « Je ne ressens aucun trouble, tout est rentré en ordre », écrit-elle.

OBSERVATION II

Néoplasme du corps utérin apparu sur un utérus prolabé. Présentation de pièce de la malade suivante, au nom du Professeur PATEL, par M. Pierre SASSARD (Lyon Médical, 1930, octobre 19)

G., Céline, 56 ans. Entre le 31 avril 1930, salle Gensoul pour prolapsus génital apparu il y a quinze ans, à la suite de son premier accouchement qui fut particulièrement laborieux. Elle eut du reste par la suite deux autres accouchements normaux. En 1926, ménopause qui se passe sans incidents. La malade n'avait depuis absolument plus perdu, lorsqu'il y a 6 mois, elle présenta quelques petites pertes légères, irrégulières, plutôt un suintement qu'un véritable écoulement. Ces pertes, mises par la malade sur le compte du prolapsus, l'incitèrent néanmoins à venir se faire examiner.

A l'examen: on constate qu'il s'agit d'un prolapsus génital complet, le col utérin apparaissant entre les grandes lèvres lorsque la malade pousse.

Au toucher: col normal, non induré; fond utérin légèrement gros et dévié vers la droite. Annexes non perçues.

Le 3 mai 1930. Intervention: Utérus très allongé, très mobile avec un col très long. L'examen de la pièce montre des bourgeons sur toute la surface de la muqueuse du fond utérin, avec une masse plus volumineuse au niveau de la corne utérine gauche. On envoie un fragment à l'examen histologique qui répond: « Il s'agit d'un néoplasme glandulaire avec tubes néoplasiques, dont les cellules présentent des mitoses anarchiques assez nombreuses. Le stroma est peu abondant, peu inflammatoire ».

Suites opératoires simples: la malade va quitter le service.

OBSERVATION III

par MM. les Docteurs GOULLIoud et PERRIMOND
in Thèse BOISSIER, Montpellier 1899

Maria H..., 58 ans, entrée le 22 janvier 1896 au n° 14 de la salle Sainte-Anne, hôpital Saint-Joseph. Réglée à 13 ans et demi. Menstrues toujours très régulières, sans douleur aucune. Jamais de pertes blanches. Mariée à 25 ans. Deux enfants bien portants. Une ou deux fausses couches. Ménopause à 49 ans.

En décembre 1893, la malade eut une petite métrorragie. Elle fit appeler M. Mayet qui jugea une intervention nécessaire. En effet, un curettage fut pratiqué quelques jours après par MM. Laroyenne et Mayet. On enleva une « végétation sanguineuse » longue de 7 à 8 cm. sur 2 à 3 cm. de diamètre.

Trois mois après le curettage, la malade eut à nouveau une petite perte. Depuis, elle eut de temps à autre quelques petites métrorragies.

Au mois de septembre dernier (1895), les pertes devinrent plus abondantes et plus fréquentes. La malade consulte M. le Docteur Goullioud, à cette époque.

En mi-septembre, perte pendant quinze jours. Puis pendant un mois et demi, la malade ne vit plus rien. Au mois de novembre, la malade sans avoir des pertes considérables, s'aperçut que l'eau de ses injections était fortement rouge.

Vers le neuf janvier de cette année (1896), métrorragie très abondante survenue brusquement dans la journée, sans douleur. La perte dura quatre jours malgré le repos le plus absolu au lit, mais moins abondante à partir du deuxième jour. La malade entre à l'Hôpital le 22 janvier.

A son entrée, la malade perd constamment, mais peu. Pas de douleur.

L'apparition de ces deux pertes, en septembre et en janvier de quelques jours de durée chacune, fait porter à M. le Docteur Goullioud le diagnostic de cancer probable de la cavité intrautérine. Au toucher vaginal, l'utérus est en rétroversion. Il y a prolapsus avec cystocèle et rectocèle et la malade à l'habitude de porter pessaire.

Pour ces divers motifs, M. le Docteur Goullioud se décide à faire l'hystérectomie, sans toucher intra-utérin préalable.

Opération le 28 janvier 1896. Cautérisation du col au thermo-cautère. Le col pincé, section de la muqueuse tout autour. Décollement facile de la vessie et du rectum. Constitution de deux pédicules sur les utérines, puis sur les origines des trompes. Sortie de l'utérus en laissant dans le ventre trompes et ovaires, et en faisant basculer l'utérus en arrière.

On fait une ligature (un seul fil avec transfixion) au catgut ou à la soie, sur ces quatre pédicules, qui par suite du prolapsus sont très accessibles et très rapprochés. On place 6 à 8 pinces hémostatiques sur les deux lèvres du péritoine, puis on fait un surjet au catgut allant d'un pédicule à l'autre et fermant complètement le péritoine. En rapprochant et en nouant les deux bouts du fil, on rapproche au contact les deux pédicules tubaires.

M. le Docteur Goulioud voulait faire aussi une suture vaginale; il y renonce à tort, négligeant ainsi l'hémostase de la plaie vaginale qui suinte passablement. Tampon de gaze iodoformée.

Deuxième temps. — Elytrorrhaphie antérieure. Ablation d'un large losange de muqueuse vaginale. Hémorragie; deux ou trois ligatures sur les artères vaginales. Suture au catgut à points séparés.

Troisième temps. — Colpopérinéorrhaphie habituelle; fils métalliques et catgut. Pour parfaire l'hémostase, nécessité de placer trois éponges qui assurent le tamponnement. On en enlève deux le lendemain et une le surlendemain.

Pièce intéressante: Au fond de l'utérus est insérée une petite masse cancéreuse polypiforme du volume d'une grosse noisette typique; sessile plutôt que pédiculée, mais en saillie et non en surface. Les suites ont été particulièrement simples.

15 février 1896. La malade sort guérie.

Mme H... serait d'après les renseignements pris par M. le Docteur Goulioud, en bonne santé, le 4 décembre 1899. L'examen local serait à pratiquer actuellement.

OBSERVATION IV

par le Docteur Hans HÖGLER

in Arch. f. Gynaek, 1932, page 139, obs. 5

Observation n° 752/1931 prise le 20-v-31

P. H., âgée de 60 ans, réglée à 11 ans (durée des règles 3 jours, toutes les quatre semaines). Ménopausée à 48 ans. Trois accouchements (le dernier en 1902). Une fausse couche.

Depuis huit semaines ressent des douleurs dans les lombes et dans toute la partie inférieure du ventre. Aucune dysurie, aucune hémorragie, aucun écoulement, pas d'amaigrissement. La malade se fit examiner à la clinique pour les douleurs dans les lombes.

Examen. — A la pression, apparaît devant la vulve le museau de tanche et la paroi vaginale antérieure sous la forme d'une masse de la grandeur d'une prune. Utérus nettement petit, en retroversion. Museau de tanche très dur, annexes et paramètre libres.

Speculum: le pourtour de l'orifice externe, à peine visible, est légèrement érodé, le museau de tanche présente des taches rouges.

Au badigeonnage avec la solution de Lugol la muqueuse reste intacte loin de l'érosion. On y fait une biopsie qui donne les résultats suivants: épithélium pavimenteux transverse avec de nombreuses papilles, beaucoup de mitoses et de cellules géantes tout autour, avec des noyaux géants et des petites perles cornées interépithéliales. Une petite portion de l'épithélium montre une richesse cornée, avec atypie et polymorphisme cellulaire : Carcinomie.

Prenant en considération le résultat de l'examen histologique et les signes cliniques qui correspondent à un début de carcinome on fait une hystérectomie vaginale.

Au moment de la ligature de l'artère utérine droite il se produit une déchirure le long du museau de tanche et il apparaît un cratère carcinomateux qui s'étend sur toute la moitié inférieure de la cavité utérine. Après l'ablation de l'utérus on extirpe également les deux annexes modifiées par une inflammation chronique. On renonce à la colpopérinéorrhaphie projetée, en raison de la souillure du champ opératoire par des fragments de carcinome.

Pièce opératoire: Utérus petit avec une petite déchirure à la partie droite de l'isthme. Le canal cervical et la partie inférieure de la cavité utérine sont couverts par des masses carcinomateuses irrégulières et bourgeonnantes. Le museau de tanche montre à un travers de doigt de l'orifice externe le passage brusque à un épithélioma carcinomateux typique qui envoie en profondeur des petits prolongements. Cet épithélioma pavimenteux duquel partent beaucoup de trabécules en profondeur s'étend sur toute la surface du canal cervical et de la partie inférieure de la cavité utérine. Ces prolongements s'étendent à droite jusqu'à la partie excisée. En même temps la paroi du corps est infiltrée assez profondément par des grands boyaux. Le carcinome montre partout les caractères d'un carcinome solide plexiforme, à tissu prématuré. Dans le fond de l'utérus, l'endomètre n'est pas atteint par le carcinome.

L'épithélium normal du voisinage du tissu carcinomateux frappe par le très peu de prolongements et de papilles et est d'une épaisseur moyenne et couvert d'une couche parakératosique étroite sous laquelle se trouvent de place en place quelques cellules vésiculaires.

Les noyaux des couches basales sont de place en place complètement vacuolisés. Le stroma sous-épithélial est infiltré par l'inflammation sur une très grande distance.

25 janvier 1932. Cystocèle de la grandeur d'un œuf de poule. Culs de sac allongés. Aucune résistance anormale dans le bassin.

PATHOGENIE

On a toujours considéré le prolapsus de l'utérus comme une cause prédisposante au cancer, autant par le déplacement de l'organe et par les modifications qui en résultent que par la métrite concomitante.

D'après QUENU, l'influence des changements de position de l'utérus sur l'évolution du cancer utérin a été admise et prouvée par des observations de carcinomes développés sur des utérus prolabés.

Dans les cas de prolapsus, on pourrait également admettre l'inoculation cancéreuse sur un terrain déjà préparé par l'inflammation chronique qui est la métrite. Mais la métrite n'est pas constante dans les prolapsus utérins, ainsi que SAVARIAUD l'a soutenu dans son rapport au xxxii^e Congrès de Chirurgie. Pour lui, l'utérus prolabé est un organe habituellement atrophie, sans glandes, ni muqueuse, la cavité en est même souvent oblitérée. L'absence d'infection, ainsi que l'atrophie de la muqueuse, expliqueraient, pour SAVARIAUD et pour GRÉGOIRE, la rareté du cancer des utérus prolabés.

Dans son enquête à la clinique chirurgicale du Professeur WEIBEL, à Vienne, HANS HÖGLER a établi

la statistique suivante : sur 11.045 femmes vues pendant une période de six ans, 395 présentaient un prolapsus dont cinq carcinomes. La proportion de cancers pour les utérus prolabés est de 1,2 %. Sur 10.650 femmes sans prolapsus, 776 présentaient un carcinome. La proportion des cancers est de 7,2 %.

Cette rareté du cancer de l'utérus prolabé avait déjà frappé FRITCH, qui écrivait en 1882 : « Il est à remarquer que le prolapsus utérin paraît presque immun envers le carcinome », et WALTHER SCHMIDT signalait que le cancer de l'utérus prolabé était rare à l'Université de Halle où, de 1882 à 1887, le nombre de cancers de l'utérus avait été de 432 dont 2 seulement pour prolapsus.

Quelle est l'explication de la rareté de cette forme de cancer et comment prend-t-il naissance ? La réponse est très difficile à donner. Dans une enquête, DELVAUX s'est adressé à quelques-uns des maîtres les plus connus de la gynécologie et de la chirurgie. Les réponses qu'il a reçues ne s'accordent que sur un point : la rareté de cette forme de cancer ; quant à l'explication de ce fait, les réponses sont très variables.

- Pour HAMMANT, l'allongement anormal du col facilite l'élimination des sécrétions utérines et crée, par ce fait, des conditions défavorables au développement d'un carcinome.

CHAVANNAZ considère que les femmes qui devaient payer tribut au cancer en ont déjà été frappées ou ont été opérées et restent guéries.

LERICHE pense que l'hyperirrigation de l'utérus prolabé — par hyperhémie et stase — n'est pas une condition favorable au développement d'un carcino-

me; la preuve en est que les tissus cicatriciels, qui sont mal irrigués, dégénèrent facilement.

Pendant la période d'activité génitale de la femme, il se produit, chaque mois, un renouvellement de la muqueuse utérine. Après la ménopause, ce renouvellement ne se produisant plus, la muqueuse peut, lorsque les conditions sont favorables, subir la transformation lente, cancéreuse, d'autant plus facilement que des causes d'irritation et d'inflammation chronique peuvent se surajouter; mais l'hyperhémie produite par la stase ainsi que les autres modifications circulatoires du prolapsus utérin, influeraient sur l'hyperplasie et sur la transformation épithéliomateuse, produisant une sorte de lyse des tissus.

On pourrait encore penser que c'est le cancer qui a produit le prolapsus par l'augmentation du poids et du volume de l'utérus mais, dans toutes nos observations, il s'agit de malades qui ont eu leur prolapsus longtemps avant l'apparition du cancer.

La *propagation* de cette forme de cancer paraît se conformer aux notions classiques : elle reste cantonnée à la cavité corporeale. L'observation iv doit être interprétée comme un cancer endocervical propagé au corps, ce qui correspond encore aux notions classiques de propagation des cancers utérins.

Nous ne pensons pas, d'après nos seules observations, pouvoir trancher cette question délicate de pathogénie. Nous nous sommes contentés de signaler quelques-unes des explications qui ont été proposées. Elles satisfont peu notre esprit mais, ce qui est certain, c'est la rareté du cancer de l'utérus prolapsé, *comme s'il y avait là une sorte d'immunité, de protection, créée par le prolapsus.*

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'utérus est prolabé et en général augmenté de volume ; il garde sa mobilité normale sauf au niveau du col où des adhérences se créent souvent grâce aux lésions mécaniques et aux petites ulcérations qui se forment. (Obs. I, II et III).

La cavité utérine est agrandie ; au fond de la cavité on trouve des bourgeons néoplasiques qui repoussent les parois de l'utérus. Ces bourgeons se présentent sous différents aspects : ils forment le plus souvent des saillies mamelonnées, irrégulières, suintantes et sanguinolentes (Obs. I, II et IV), d'autres fois ils se présentent sous la forme d'une petite tumeur polypiforme, arrondie, sessile (Obs. III). Dans l'Obs. IV, le fond de l'utérus est intact ; la partie inférieure de la cavité est couverte de bourgeons néoplasiques mais il s'agit d'une propagation secondaire et non d'un cancer primitif, né sur place.

L'allongement et l'hypertrophie du col s'observent toujours. Le col présente le plus souvent des adhérences. Lorsqu'il est infiltré par le cancer, sa déchirure est possible au moment de l'opération (Obs. IV) ;

mais, habituellement, il n'est pas touché par le cancer.

L'utérus est ordinairement retroversé. Les annexes peuvent être saines ; parfois (Obs. iv), elles sont modifiées par une inflammation chronique. Le para-



Schéma montrant dans la position couchée, la descente de l'utérus et la situation de la tumeur dans la cavité utérine. Dans la position debout, la descente de l'utérus était beaucoup plus accentuée (Obs. I).

mètre est généralement libre. L'envahissement ganglionnaire est tardif ; il ne s'observe que lorsque le néoplasme s'est déjà étendu de proche en proche aux trompes, col et surtout aux organes voisins, péritoine, rectum, vessie. La colpocèle et la rectocèle peuvent se voir (Obs. i) et sont engendrées par le prolapsus.

Au point de vue histologique, l'examen a montré (Obs. I et II) des épithéliomas cylindriques, très infiltrants, à mitoses multiples, donc doués d'une grande malignité. Dans l'Obs. IV, il s'agit d'un épithélioma pavimenteux, parce qu'il est né au niveau du col où la muqueuse est pavimenteuse et ce n'est que secondairement qu'il s'est propagé à la muqueuse du corps. Dans l'Obs. III, l'examen histologique n'a pas été pratiqué, mais, d'après l'aspect macroscopique de la tumeur, il semble bien qu'il s'agit d'une forme de cancer de moindre malignité ; peut-être ne s'agit-il que d'un simple polype.

Aucune des lésions décrites n'est caractéristique du cancer de l'utérus prolabé. Elles sont créées en partie par le cancer et en partie par le prolapsus et peuvent se rencontrer isolément lorsque le cancer et le prolapsus ne se trouvent pas ensemble sur le même organe.

ETUDE CLINIQUE

I. — ETIOLOGIE. — Cette forme particulière de cancer semble se rencontrer exclusivement chez des femmes âgées ; nos malades avaient respectivement 55 ans, 56 ans, 58 ans et 60 ans, lorsqu'elles sont venues se faire examiner.

La cessation de l'activité génitale semble jouer un rôle important dans son étiologie ; dans toutes nos observations les premiers symptômes de cancer sont apparus quelques années après la ménopause (4 ans, 3 ans 1/2, 6 ans, 12 ans), alors que le prolapsus existait déjà depuis de longues années : depuis 22 ans dans l'Obs. I, depuis 15 ans dans l'Obs. II.

Le rôle de la maternité ne semble pas être moins important, aussi bien pour le prolapsus que pour le cancer : toutes nos malades ont eu des accouchements et dans les Obs. I et II, les malades signalent l'apparition de leur prolapsus après ces accouchements.

Nous ne pouvons pas déterminer la fréquence de cette forme de cancer, vu le nombre restreint de nos observations.

II. — SYMPTOMES FONCTIONNELS. — *La métrorragie* est, le plus souvent, le premier symptôme qui attire l'attention des malades et qui les détermine à venir consulter le médecin.

Elle apparaît quelque temps après la ménopause, et est irrégulière, peu abondante, non douloureuse, et constituée de sang rouge, sans aucune fétidité.

La malade de l'Obs. I vit apparaître les pertes rouges quatre ans après la ménopause ; pendant quelques mois, tout rentra dans l'ordre et puis, nouvelle métrorragie qui dura trois mois sans interruption et sans douleurs.

Dans l'Obs. II, la malade eut son attention attirée par des petites pertes rouges qui étaient apparues trois ans et demi après la ménopause.

La malade de l'Obs. III eut des métrorragies autrement importantes. Elles étaient apparues six ans après la ménopause. Après un curettage, tout rentra dans l'ordre pendant trois mois et il n'y eut, après, que des petites pertes irrégulières survenant de temps en temps. Deux ans après la première perte, les hémorragies devinrent plus abondantes et durèrent, à un certain moment, quinze jours. Rien ne se produisit plus pendant un mois et demi lorsque la malade s'aperçut que l'eau de ses injections vaginales était rougie. Deux mois après, des nouvelles pertes apparurent, brusquement, très abondantes, non douloureuses et durèrent quatre jours. C'est alors qu'on décida l'intervention.

Dans l'Obs. IV, il n'y eut aucune sorte de pertes, ni rouges, ni blanches, la malade était venue à l'hôpital pour ses douleurs.

L'hyporrhée n'a été signalée par aucune de nos malades ; cependant, ce symptôme existe presque

toujours lorsqu'il s'agit d'un cancer de l'utérus, non prolabé.

Douleurs et troubles subjectifs. — Il est classique de décrire dans le cancer du corps de l'utérus des douleurs qui sont précoces et qui manquent rarement.

Il est également classique de décrire dans les cas de prolapsus utérin des troubles subjectifs très importants : les malades ont des malaises pénibles dès qu'elles sont debout, des sensations de fatigue, de faiblesse des membres inférieurs, des tiraillements dans les lombes et de la pesanteur dans le bas-ventre. Ce sont de véritables infirmes.

Dans le cancer de l'utérus prolabé — du moins dans nos observations — nous ne retrouvons plus ces troubles importants malgré la présence ensemble du cancer et du prolapsus. *Cette forme particulière de cancer est remarquable par l'absence de l'élément douleur.*

Dans les Obs. I, II et III, la douleur manque complètement. Seule, la malade de l'Obs. IV a eu des douleurs importantes qui l'ont déterminée à venir à la clinique. Mais l'Obs. IV se distingue des autres encore par d'autres éléments : la nature histologique de la tumeur, l'absence d'hémorragies, la naissance du cancer au niveau de l'isthme ; aussi, pensons-nous qu'il faudrait la considérer à part.

Les troubles urinaires qui, dans le prolapsus sont très prononcés, sont, ici, atténués, parfois absents.

Dans l'Obs. I, la malade avait une dysurie légère, polakiurie, évacuation incomplète de la vessie, le tout disparaissant par le repos.

Dans l'Obs. II et III, on ne parle point de troubles urinaires.

La malade de l'Obs. IV n'avait aucune dysurie, aucune hémorragie, aucun écoulement.

L'état général n'est atteint chez aucune de nos malades. Dans l'Obs. I et IV, il n'y a pas d'amaigrissement ; dans les Obs. II et III, on n'en dit rien, ce qui fait supposer que l'état général était bon. On ne signale la fièvre dans aucune de nos observations.

III. — SIGNES PHYSIQUES. — L'inspection et la palpation de l'abdomen ne fournissent généralement aucun renseignement. La palpation n'est mentionnée que dans l'Obs. I et elle n'a décelé aucune tumeur palpable.

A l'inspection des parties génitales, on peut constater la béance de la vulve et la présence du col de l'utérus (Obs. I) ou son apparition lorsque la malade pousse. Le col est allongé, hypertrophié, pouvant présenter des érosions (Obs. IV) ou des fentes latérales (Obs. I).

C'est le toucher vaginal, combiné au palper abdominal, qui donne les renseignements les plus exacts pour l'appréciation des symptômes.

Le col est allongé, abaissé, non induré (Obs. II), les culs de sac sont diminués de profondeur et libres (Obs. I) ; aucune de nos observations ne mentionne si les orifices du col étaient ouverts ou fermés.

Le corps est mobile, légèrement augmenté de volume, parfois petit (Obs. IV), retroversé (Obs. III et IV). Il est nettement abaissé (Obs. I), la paroi vaginale se déroule à sa surface ; on peut constater l'existence d'une rectocèle ou d'une cystocèle. On devine parfois, au toucher, la présence de masses bourgeonnantes

dans sa cavité (Obs. 1). Dans l'Obs. II, on sentait le fond utérin légèrement augmenté de volume et dévié vers la droite. L'examen de la pièce opératoire montre des bourgeons au fond de la cavité, avec une masse plus volumineuse au niveau de la corne utérine gauche.

Les signes de propagation manquent en général ; le paramètre et les annexes sont libres et il n'y a pas d'envahissement des cloisons recto ou vesico-vaginales.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic du prolapsus utérin est généralement facile, mais c'est la présence du cancer sur le corps de l'utérus prolabé qui est importante et c'est sur ce dernier diagnostic que nous insisterons.

Si nous faisons un résumé des symptômes fonctionnels et des renseignements fournis par l'examen gynécologique, nous constatons qu'il s'agit de femmes âgées, ménopausées, présentant des métrorragies irrégulières, sans pertes blanches, les troubles subjectifs étant réduits au minimum, ne souffrant pas ou très peu, avec un état général peu atteint.

L'examen gynécologique fait constater un utérus prolabé, augmenté de volume, mobile, avec un col hypertrophié, allongé, parfois érodé ; on peut constater également une rectocèle ou une cystocèle.

De tous ces symptômes, seule, la *métrorragie* est constante. Elle est précoce et doit être considérée comme un symptôme d'alarme parce qu'un utérus sain ne doit pas saigner après la ménopause. *Il faut se préoccuper moins de son abondance que de son irrégularité, de sa persistance.* Les autres signes sont inconstants.

La métrorragie chez une femme, après la ménopause, doit éveiller l'attention et diriger le diagnostic vers le cancer. Mais, seule, elle ne peut suffire au diagnostic ; il y a des formes de prolapsus avec métrorragie qui simulent parfaitement le cancer du corps de l'utérus prolabé et rendent le diagnostic très difficile.

Monsieur le Professeur agrégé GUIBAL a eu l'obligeance de nous communiquer l'observation personnelle suivante, où cette erreur de diagnostic était inévitable et où elle n'a été constatée que par un heureux hasard.

OBSERVATION V

*Prolapsus utérin chez une vieille femme,
avec métrorragies, simulant un cancer du corps
de l'utérus*

Mme C..., âgée de 73 ans. Au mois de janvier 1934 se plaint de métrorragies datant du mois d'août précédent, avec sensation de pesanteur périnéale, dysurie, hydorrhée et apparition d'une tumeur à la vulve.

Antécédents personnels: Trois enfants dont deux en bonne santé et un décédé à quelques mois. Le dernier accouchement remonte à 41 ans (la malade ayant alors 32 ans). Il y aurait eu à ce moment-là une déchirure qui n'aurait pas nécessité de traitement. La malade a été ménopausée normalement et depuis lors n'a présenté ni pertes rouges, ni pertes blanches, ni troubles urinaires ou rectaux.

Histoire de la maladie. — Au mois d'août 1933, la malade très amaigrie et très fatiguée par la chaleur, se plaint de pesanteur dans le bas-ventre, de sensations de fatigue l'obligeant à restreindre son activité, de gêne et de sensation de corps étranger à la vulve. Elle dit ne pas perdre ses urines mais elle aurait de temps en temps des besoins impérieux et il lui arrive de se sentir abondamment mouillée au point d'être obligée de se garnir (il s'agit de pertes liquides, à

odeur urineuse). Depuis le même temps la malade constate quelques pertes sanguinolentes, peu abondantes. Ces pertes apparaîtraient plus particulièrement au moment où la malade va à la selle, après l'expulsion du bol fécal, au point qu'elle a d'abord pensé à des hémorroïdes. Ces troubles s'exagèrent de plus en plus et la malade sent la tumeur vulvaire augmenter et descendre quand elle marche cependant que dans la position couchée et assise les pertes rouges, continuent, mais la sensation de gêne disparaît.

Examen. — On constate une fente vulvaire élargie par écoulement du périnée et l'on aperçoit le col utérin hypertrophié et congestionné avec écoulement sanglant par son orifice, s'engageant franchement entre les grandes lèvres. Sur la lèvre postérieure du col, on aperçoit un petit polype muqueux, du volume d'un noyau d'abricot implanté dans le canal cervical.

Au toucher: on confirme l'étendue de la fente périnéale avec vulve béante et appui musculaire presque inexistant. La matrice est facilement refoulée et remise en place, le col est hypertrophié, entr'ouvert et le doigt amène du sang; il s'agit de sang rouge sans aucune fétidité. Le fonds utérin est assez haut; il semble y avoir augmentation notable du volume de l'utérus.

En février, même état: sensations de fatigue persistantes, malade amaigrie et affaiblie. Les pertes sont plus abondantes, constituées toujours par du sang rouge et par ce liquide qui mouille abondamment la malade et qui doit être de l'urine. En résumé, il s'agit d'un prolapsus utérin avec cystocèle et rectocèle et allongement hypertrophique du col.

En outre, les métrorragies apparues 25 ans après la ménopause et précédant le prolapsus, associées à l'augmentation de volume de l'utérus et en tenant compte de l'âge de la malade et de l'altération de son état général, font penser à un cancer du corps; le polype muqueux ne contredit pas cette hypothèse.

Au point de vue thérapeutique — la malade est une hypertendue en traitement sévère, grasse, rhumatisante — d'un commun accord avec le médecin traitant, l'idée d'une intervention est écartée et on décide d'attendre un nouvel examen pour décider si l'on fait de la curiethérapie.

En avril 1934, ablation du polype muqueux par ligature de son pédicule. Hystérométrie = 8 cm. On essaye d'introduire une curette par l'orifice interne fermé. L'analyse du polype montre qu'il s'agit d'un polype glandulaire banal.

Fin avril la malade se plaignant toujours de pesanteur et de métrorragies (cependant moins abondantes) on applique un pessaire de Dumontpallier n° 8. A partir de ce jour, suppression complète des hémorragies, des sensations de pesanteur et de l'incontinence d'urine; le prolapsus est très bien réduit et le pessaire est très bien toléré. La malade est revue périodiquement, le pessaire enlevé et remplacé. La dernière visite date du premier juillet: les hémorragies n'ont pas reparu et la malade se déclare transformée.

Un diagnostic erroné de prolapsus utérin simple aurait, par la méconnaissance du cancer, de très graves conséquences.

Comment éviter ces erreurs de diagnostic ? C'est ici que nous constatons la valeur du *curettage explorateur*. Malgré les reproches dont on l'a chargé — il est inutile et dangereux, disent ses adversaires — il reste un moyen précieux d'investigation et de diagnostic, *mais il faut le pratiquer avec beaucoup de prudence.*

Dans un article récent paru dans « La Presse Médicale », le Professeur LECLERC écrit qu'il « ne croit pas aux dangers du curettage explorateur *si la curette est dans les mains d'un chirurgien expérimenté et prudent.* »

Les fragments ramenés par la curette doivent être soumis à un examen histologique.

Le curettage explorateur peut confirmer le diagnostic posé ; lorsqu'il est négatif, on ne doit pas écarter la possibilité d'un cancer ; on doit être prudent et continuer à suivre attentivement la malade.

Dans l'Obs. I, le curettage a été fait et il a donné la certitude du diagnostic.

Dans l'Obs. II, il n'a pas été fait, mais il est fort probable qu'il aurait pu confirmer le diagnostic de cancer avant l'opération.

Dans l'Obs. III, l'examen histologique n'a pas été fait.

Chez la malade de l'Obs. IV, on avait fait une biopsie sans curettage, le cancer étant près de l'orifice du col.

Dans l'Obs. V, le curettage explorateur a été essayé mais l'orifice interne du col était fermé ; la dilatation du col n'a pas été pratiquée.

Les autres moyens de diagnostic : la radiographie utérine, l'hystérométrie, l'exploration digitale intra-utérine, n'ont pas été employés dans nos observations ; ils auraient certainement donné des renseignements intéressants.

EVOLUTION ET PRONOSTIC

Il nous est difficile de tirer une conclusion sur *l'évolution* de cette forme de cancer d'après nos seules observations : il s'agit, en effet, de malades entrées à l'hôpital et opérées relativement tôt après l'apparition des premiers symptômes.

Seule, l'Obs. III peut nous faire supposer la possibilité d'une évolution lente : la malade a été opérée plus de deux ans après l'apparition des premiers signes, et, trois ans et demi après l'opération, l'état de santé de la malade était bon.

Pour le *pronostic*, il faut tenir compte de la mobilité de l'utérus, celle-ci diminuant à mesure que le cancer se propage dans le voisinage.

Le pronostic immédiat semble être bon. Nous ne pouvons rien conclure sur le pronostic éloigné, nos malades n'ayant été revues que trois ans et demi au plus tard après l'opération. C'est déjà un bon résultat que de n'avoir aucune récurrence à signaler après ce laps de temps et dans aucune de nos observations.

TRAITEMENT

Dans le traitement du cancer du corps de l'utérus prolabé, il faut s'inspirer de ce principe : *devant le cancer, le prolapsus passe au second plan.*

Le traitement consiste dans l'hystérectomie totale.

L'hystérectomie par voie abdominale renseigne sur l'étendue de la lésion, sur l'envahissement du paramètre, sur la disposition du cancer dans le corps utérin ; elle donne une large vue sur les organes pelviens et permet leur dissection correcte, mais elle est très choquante et très sérieuse.

L'hystérectomie vaginale nous paraît plus indiquée parce qu'elle est moins choquante et plus bénigne, parce qu'on s'adresse à des femmes âgées et avec un état général médiocre, parce que la tumeur reste longtemps limitée à l'utérus seul, parce que celui-ci est très accessible à cause du prolapsus.

L'hystérectomie ne guérit pas le prolapsus ; il faut, autant que possible, la compléter par la reconstitution du périnée.

La radiumthérapie ne doit être envisagée qu'en dernier lieu, lorsque l'hystérectomie est contre-indiquée ou impossible.

CONCLUSIONS

I. — Le cancer de l'utérus prolabé est très rare.

II. — La rareté de cette forme de cancer semble résulter de sa coexistence avec le prolapsus.

III. — Il s'agit d'un épithélioma cylindrique dont les caractères histologiques font conclure que c'est un néoplasme primitif de la muqueuse corporeale.

IV. — Toutes nos observations concernent des femmes âgées, ayant dépassé la ménopause.

V. — Le diagnostic est parfois très difficile ; on doit alors s'aider du curettage explorateur.

VI. — Le symptôme principal est la *métrorragie*.

VII. — Le traitement de cette affection est, avant tout, chirurgical. *Devant le cancer, le prolapsus passe au second plan.*

VIII. — Le pronostic dépend du stade d'évolution et d'envahissement du cancer. C'est le cancer qui constitue le grand danger de l'affection.

BIBLIOGRAPHIE

BARNAUD. — Résultats éloignés du traitement chirurgical dans le cancer de l'utérus. *Thèse Lyon* 1920.

BEGOUIN. — Rapport sur le prolapsus utérin. xxxii^e Congrès de Chirurgie.

BOISSIER. — Etude clinique du cancer primitif du corps de l'utérus. *Thèse Montpellier* 1899.

COLLINSON. — Contribution à l'étude des sarcomes utérins. *Thèse Paris* 1929.

CHAVANNAZ. — Cancer et prolapsus utérin. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. Paris* 1923.

DANIEL. — Contribution à l'étude du cancer du corps de l'utérus. *Thèse Montpellier* 1915.

DARTIGUES. — Cancer des organes génitaux.

DAUTHUILE. — Contribution à l'étude du cancer. *Thèse Lille* 1908.

DELARBRE. — Le cancer total de la muqueuse utérine. *Thèse Lyon* 1923.

DELATRE. — Contribution à l'étude du diagnostic précoce du cancer de l'utérus. *Thèse Paris* 1922.

DELVAUX. — La résistance anticancéreuse du col dans le prolapsus total de la matrice. *Brux. Méd.* 1931.

DUVAL. — Cancer primitif du corps de l'utérus. *Th. Paris*, 1928.

FAURE. — Cancer de l'utérus.

FAURE et SIREDEY. — Traité de gynécologie médico-chirurgicale.

FRITSCH. — Traité des maladies des femmes.

— Carcinoma uteri prolapsi. - *Wiener klinische Wochenschrift*, 1891, page 920.

FORGUE et MASSABUAU. — Gynécologie.

GOLD. — Contribution à l'étude du cancer du corps de l'utérus. *Thèse Paris* 1929.

HARTMANN. — Pathogénie, étiologie et anatomie pathologique des prolapsus génitaux. *Gynéc. et Obst.* 1921, page 245.

— Symptômes, diagnostic et traitement des prolapsus génitaux. - *Ibidem*, page 327.

HOGLER. — Uber das Zusammentreffen von Portiocarcinom und Prolaps. *Arch. f. Gynaek.* 1932, page 135.

KAPLAN. — La biopsie dans le cancer de l'utérus. *Thèse Paris* 1925.

LABADIE - LAGRAVE - LEGUEU. — Traité médico-chirurgical de gynécologie.

LECLERC. — Le cancer du corps utérin. *Presse Médicale*, N° 49, 1934.

LEDoux. — Contribution à l'étude de l'hystérectomie abdominale totale. *Thèse Paris* 1924.

LENORMANT. — Quelles sont à l'heure actuelle les indications de l'hystérectomie vaginale. *Progrès Médical* 1922, page 649.

LEWERS. — Cancer of the uterus.

MONTERO. — Cancer et prolapsus utérin. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.* Paris 1923 page 298

POMTOW. — Carcinoma uteri prolapsi. *Th. Berlin*, 1893.

POZZI. — Traité de gynécologie clinique et opératoire.

PRIEUR. — Le prolapsus utérin et l'hystérectomie vaginale. *Thèse Paris* 1894.

RICHELOT. — L'hystérectomie vaginale contre le cancer de l'utérus et les affections non cancéreuses.

RIGALL. — Contribution à l'étude du diagnostic précoce du cancer de la cavité utérine. *Thèse Montpellier* 1913.

SASSARD. — Néoplasme du corps utérin apparu sur un utérus prolapsé. *Lyon Médical* 1930, 19 Oct., page 472.

SAVARIAUD. — Rapport sur le prolapsus utérin au xxxii^e Congrès de Chirurgie.

SCHARJEWICZ. — Contribution à l'étude du diagnostic précoce du cancer de l'utérus. *Thèse Paris* 1928.

SCHOTTLAENDER - KERMAUNER. — Uterus Karzinom.

SCHROEDER. — Maladies des organes génitaux de la femme.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

En ma qualité de Censeur
de Tour, j'ai lu la Thèse ayant
pour titre :

*Contribution à l'étude du cancer
du corps de l'utérus prolabé.*

par M. D. MENDEL

Je pense que la Faculté peut
en permettre l'impression.

Montpellier, le 11 juillet 1934

Le Professeur,
MASSABUAU

Vu :

Montpellier, le 17 juillet 1934

Pour le Doyen,
L'assesseur délégué
LISBONNE

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 18 juillet 1934

Le Recteur,
TAILLIART.

